

Zeitschrift: Infokara : Fachzeitschrift der Schweizerischen Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung

Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung

Band: 7 (2002)

Heft: 3

Artikel: Hat Lebensqualität mit Akzeptanz der Krebserkrankung zu tun? Teil II

Autor: Jermann, Patrick

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1091680>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 25.04.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Fortsetzung aus Infokara Sommer 2002

Patrick Jermann*

Hat Lebensqualität mit Akzeptanz der Krebserkrankung zu tun?

Coping bei einer Krebserkrankung

In der Literatur ist beschrieben, dass es kein generelles Copingverhalten gibt. Die Klienten greifen vielmals auf vorhandene Ressourcen zurück, welche in anderen Lebenskrisen eingesetzt wurden. Das Coping ist dadurch biographisch gefestigt und individuell (Niederle & Aulbert, 1987, S. 16).

Als Beispiel dazu fällt mir eine Situation ein, in der ein Klient äusserte, er sei langsam neugierig, was ihn nach dem Sterben erwartet.

Käppeli (2000, S. 134) unterscheidet zwei Formen von Bewältigung. Sie beschreibt eine assimilative und eine akkomodative Form. Unter Assimilation versteht man eine bessere Angleichung der Person an die Lebenssituation unter Berücksichtigung ihrer momentanen Ziele und Vorstellungen. Persönliche Standards und Ziele werden dabei festgehalten. Die Akkomodation ist der Umgang mit der Bedrohung. Sie kann nicht aktiv beseitigt werden. Die Bedrohung wird entschärft durch die Anpassung der Standards und Ziele an die vorhandene Situation und an die Handlungsmöglichkeiten.

Da die Individualität des Coping gross ist erscheint es wichtig, dass diese beiden Formen erwähnt sind. Ein Teil der Klienten möchte an den Zielen festhalten, die Anderen ändern ihre Ziele je nach Zustand.

Für einen chronisch kranken Menschen ist es nahezu unmöglich, sich ohne Prozesse der Aus-

einandersetzung mit seiner Krankheit zu befassen (Geisler, 1989, S. 194).

Auch Käppeli (2000, S. 136) bestätigt, dass der Bewältigungsprozess den ganzen Menschen erfasst. Dass der Prozess stattfindet, ist erkennbar an dem Handeln, an Äusserungen zu seinen Gedanken und Gefühlen angesichts der Situation.

Niederle & Aulbert (1987, S. 15) schreiben: «Bei der Anpassungsstrategie stehen das Auseinandersetzen des eigenen Schicksals und auch die Konfrontation mit dem Tod im Vordergrund».

Die Diagnose Krebs zu bekommen ist, wie schon beschrieben, für keinen Betroffenen leicht. Mit dem Wort «Krebs» kommen «Leiden» und «Tod» in den Alltag. Selten weiss ein Klient, wie er darauf reagieren soll. Die Wege, welche ihm offen stehen, sind Ignoranz, Resignation oder Akzeptanz. Durch das aktuelle Wissen bilden nun die Verarbeitung und die Bewältigung Stationen auf seinem Weg als Krebskranker. Sobald der Moment des Wissens die Betroffenen um die Unheilbarkeit der Erkrankung erreicht hat, ändert sich wesentliches. Die Umgebung kann gut getäuscht werden, doch im Grunde ist eine eigene Täuschung schwierig, weiss er doch was die Krankheit für ihn bedeutet. Sein physisches Gleichgewicht gerät ins Wanken und mit ihm das ganze System. Dadurch kann, muss jedoch nicht, eine Krise entstehen (Meier, 1995, S. 11).

Trotz des gleichen Krankheitsbildes und -verlaufs erlebt jeder Klient seine Krankheit anders und bewältigt diese auch auf seine Art. Benner (1997, S. 114) schreibt zu der Situation der Klienten: «Durch die Erfahrung, die Klienten über einen langen Zeitraum gemacht haben, entwickeln sie einen bestimmten Umgang und eine spezielle Definition ihres Zustandes».

Eine andere Sichtweise hat das soziale Umfeld. Das soziale Umfeld spielt bei chronisch Kranken eine grosse Rolle, da es ebenfalls von der Krankheit stark mitbetroffen ist (Käppeli, 2000, S. 140).

Die Sichtweise des Umfeldes darf bei der Betreuung eines Klienten zu Hause nicht vernachlässigt werden, denn ohne das Verständnis des Umfeldes wird die Betreuung schwierig. Unterschiedliche Ansichten können eine Kooperation behindern.

*Pfr. Claude Fuchs ist Seelsorger am Stadtspital Triemli, Zürich

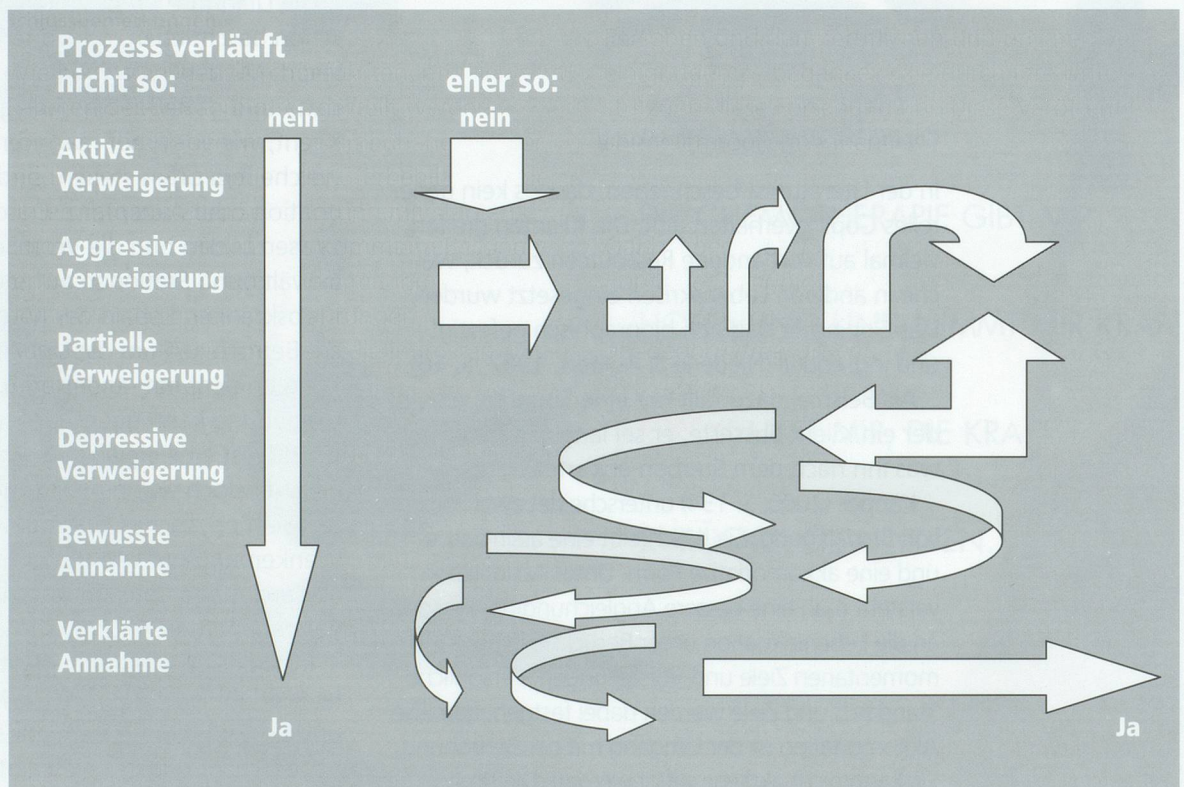
Meerwein et al. (1998, S. 57-58) beschreibt einen weitem wesentlichen Punkt. Der Verarbeitungsprozess läuft selten so linear wie in einigen Beschreibungen zu lesen ist. In Wirklichkeit läuft dieser Prozess in jeder Hinsicht «schief» und sehr undurchsichtig. Diese Tatsache macht es Angehörigen, Pflegenden und Ärzten schwer, den Klienten adäquat zu erfassen.

Verständnis dafür, was in solchen Situationen hilfreich, heilsam und förderlich sein kann (Benner, 1997, S. 29).

Auf der anderen Seite kann aber die Verdrängung auch Schwierigkeiten bei den Pflegenden auslösen.

Käppeli (2000, S. 142) schreibt dazu: «Abwehr- und Verdrängungsreaktionen können Pflegende oft in ethische Konflikte bringen. Wenn z.B. ein schlechter Zustand verleugnet wird, verhindert dies eine offene Kommunikation. In einem solchen Fall stellt sich die Frage nach Verantwortlichkeit und den Möglichkeiten, Einfluss auf Veränderungen zu nehmen».

Prozess (Meerwein et al., 1994, S. 58)



Das Wesentliche ist, wie es scheint die Schwierigkeit, dem Klienten wie auch den Angehörigen in der Betreuung gerecht zu werden. Selten bewegen sich beide mit der gleichen Geschwindigkeit vorwärts.

Für die Pflegeperson kann das heissen, wie weit darf (muss) sie in den Gesprächen gehen, damit die Klienten ihre Eigenverantwortung wahrnehmen? Anders formuliert, ab wann ist es sinnvoll sich abzugrenzen, um nicht den Klienten überzeugen zu wollen?

Unterstützung bei der Bewältigung durch das Pflegepersonal

Dem Pflegepersonal kann ein wichtiger Stellenwert bei der Unterstützung der Bewältigung beigemessen werden.

Durch ihre Arbeit mit Gesundheit und Krankheit, Geburt und Tod entwickeln Pflegende ein

Vontobel (1994, S. 32-34) stellte ebenfalls die Frage: «Soll man den Klienten schonen oder fordern?» Zuerst muss wahrgenommen werden, warum man als Pflegeperson intervenieren möchte. Dient es wirklich dem Klienten oder seiner Verarbeitung? Ist es das eigene Ich, welches die Situation nicht ertragen kann? Diese beiden Fragen

sollte man sich als Pflegeperson stellen. In den meisten Fällen ist es sinnvoller mit Zurückhaltung zu reagieren. «Das «aktive zurückhaltende Begleiten» ist viel wichtiger» (Adler in Vontobel, 1994, S.33). Konfrontation kann jemandem die subjektive Wirklichkeit rauben und ihm so den Halt nehmen.

Zurückhaltung kann heissen, sich auf die gegenwärtige Situation einlassen und erst zu reagieren, wenn daraus Gefahr entsteht. Im Alltag ist dies oft schwieriger als handeln.

Benner (1997, S. 96-98) bestätigt ebenfalls, «...Betreuungspersonen müssen immer im Sinn haben, dass Klienten ihre eigenen Interpretationen und Vorstellungen über ihren Zustand haben. Das heisst, es sollte die Möglichkeit geben, dass die Klienten diesen Interpretationen Ausdruck geben können. Durch den Respekt, welcher die Betreuungsperson entgegenbringt, wird ein Zusammenarbeiten wesentlich einfacher...».

Durch Zuhören kann herausgefunden werden, was der Klient in der jeweiligen Situation braucht. Interpretationen oder Worte in den Mund legen, dürfen auf keinen Fall geschehen. Der Klient durchläuft viele verschiedene Phasen der Krankheit; da muss genau hingehört werden, was gerade ansteht (Meier, 1995, S. 22).

Auch Käppeli meint: «Jeder kranke Mensch gibt durch das Gespräch oder durch das Verhalten Informationen, wie er mit dem Krankheitsgeschehen umgehen kann. Es ist für die Pflegeperson von grosser Bedeutung zu sehen, welche Anforderungen die Krankheit an ein Individuum stellt und wie dieses mit den Ansprüchen umgehen kann, sie auf ein erträgliches Mass zu reduzieren oder eben nicht.

Das Zuhören in diesen Gesprächen und das Beobachten des Klienten wird damit zu einem zentralen Punkt in der täglichen Arbeit.

Weitere Pflegeinterventionen, welche beim Coping eingesetzt werden, sind nahe denjenigen der Krisenintervention. Sie zielen unter anderem auf folgende Ergebnisse:

- die differenzierte Erfassung der Bedeutung der Krankheitssituation, den Belastungsgrad sowie der personellen und sozialen Ressourcen
- das Erfassen aktueller krisenbezogener Bewältigungsformen
- das Erfassen in der Vergangenheit eingesetzter Bewältigungsformen
- Unterstützung im Einnehmen einer realistischen Sichtweise der eingetretenen Situation

- emotionale Entlastung
- Förderung der Entscheidungs- und Handlungsmöglichkeiten
- Den adäquaten Einbezug der Familie in Pflege und Betreuung II (Käppeli, 2000, S. 141).

Als Abschluss dieses Kapitels möchte ich noch einen weiteren wichtigen Punkt erwähnen, den Glaus et al. (1997, S. 221) beschreiben: «Voraussetzung für die Pflegeperson bei der Problemverarbeitung mitzuhelfen, ist die Wahrhaftigkeit des Arztes gegenüber dem Klienten. Wahrhaftigkeit, taktvoll, ehrlich und einfühlsam sind für eine erfolgreiche Verarbeitung als unerlässlich zu betrachten.»

Die Pflegeperson wird ja oft nach der Visite von den Klienten angesprochen: «Was hat der Arzt gesagt?». Diese Aussage zeigt, wie wichtig die Zusammenarbeit zwischen den Ärzten und dem Pflegepersonal ist, wenn es um den Verarbeitungsprozess eines Klienten geht.

Das Pflegepersonal und auch die Ärzte sollten nicht unterschätzen, wie bedeutend ihre Aussagen gegenüber dem Klienten sind. In der Praxis weisen die Klienten auf Besprochenes im Spital, wie auch in der Arztpraxis hin und erwarten eine Bestätigung. Das könnte beweisen, dass der Verarbeitungsprozess stattfindet.

Beispiel I

Die Klientin I ist 72-jährig, verheiratet und wohnt mit ihrem Ehemann in einer Wohnung.

Aktuell leidet die Klientin an einem Sigma-Karzinom, welches in die Blase wächst. Vor zweieinhalb Jahren wurde die Klientin operiert. Durch den Krankheitsrückfall bekam sie fünf Zyklen einer palliativen Chemotherapie. In dem Verlauf der Therapie wurde der Klientin ein zentralvenöses Kathetersystem implantiert. Die Therapien verliefen bis auf den letzten Zyklus problemlos.

Seit dem Abschluss des letzten Zyklus beschreibt die Klientin eine starke Unruhe, Müdigkeit, Schwäche. Sie wirkt sehr hektisch und aufgelöst.

Das Abklärungsgespräch wurde bei ihr zu Hause im Wohnzimmer in Anwesenheit ihres Mannes durchgeführt.

Den Ablauf des Gesprächs kann ich als unstrukturiert bezeichnen. Die Klientin verknüpfte unzählige Punkte miteinander. Durch

meine Zwischenfragen konnte ich eine gewisse Gliederung erreichen. Die Klientin bemerkte während des Gespräches ihre Unstrukturiiertheit.

Nach dem Gespräch erklärte sich die Klientin bereit, meine Fragen für diese Arbeit zu beantworten.

Beispiel II

Im Beispiel II berichte ich von einer 40-jährigen Frau, welche seit fünf Jahren an einem Mamma-Karzinom leidet. Eine intravenöse adjuvante Chemotherapie kam für die Klientin zu dieser Zeit nicht in Frage. Daher wurde entschieden, mit einer oralen Chemotherapie zu beginnen.

Während ca. zweieinhalb Jahren war sie symptomfrei, wobei sich der Tumor nur zentimeterweise verkleinert hat. Durch das Eintreten eines Taubheitsgefühles der Zunge und der Wange konsultierte die Klientin erneut ihren Arzt. Bei den Untersuchungen wurden Hirnmetastasen festgestellt. Anhand dieser Diagnose war der Klientin klar, dass sie einer intravenösen Chemotherapie zustimmen musste.

Momentan äussert die Klientin die starke Schwäche und Müdigkeit als ungelöste Aufgabe.

Die Klientin lebt mit ihrem Lebenspartner in einem sehr alten Haus mit steilen Treppen.

Das Abklärungsgespräch wurde zu Hause am Esstisch durchgeführt, in Abwesenheit ihres Lebenspartners.

In dem Verlauf des Gespräches erlebte ich die Klientin als sehr gesprächig und vollständig informiert über ihre Situation.

Auch sie willigte in meine Befragung ein und füllte den Fragebogen aus.

Diskussion des Resultats

Beurteilung der Fragebogen

Nach der ersten Befragung fiel mir auf, dass sich die Klientin im Beispiel I mehrheitlich in der unteren Hälfte (VAS Wert 1-4) der VAS-Skala einschätzte. In den Fragen über die Mobilität im Haus und «sich etwas Gutes tun», wie auch in der Einschätzung der momentanen Lebensqualität herrschte zur Zeit der Befragung ein Defizit. Die Akzeptanz gegenüber der Krebskrankheit

schien teilweise vorhanden zu sein und das Einplanen von Ruhepausen bereitete ihr ebenfalls wenig Mühe. Es zeigte sich jedoch eine Diskrepanz in der Einschätzung der Ruhepausen. Ich werde später noch darauf eingehen.

Auf der VAS-Skala der Klientin im Beispiel II zeigte sich eine hohe Einstufung in allen Fragen (VAS 9-10). Alle Antworten wurden vergleichsweise ähnlich konstant beurteilt. Bei den Ruhepausen und der Mobilität erfolgte die maximale Erreichbarkeit (VAS 10). Die anderen drei Fragen wurden nur knapp darunter eingeschätzt.

In der zweiten Befragung kehrten sich die Einschätzungen der Klientin im Beispiel I. Jetzt wurde die Mehrheit der Fragen hoch (VAS Wert 8-10) bewertet. Weiterhin verschlechterten sich die Punkte der Mobilität und des «sich etwas Gutes tun» (VAS 1,5). Stark gestiegen ist die momentane Lebensqualität (VAS 8), die Akzeptanz (VAS 9), sowie auch «sich Ruhepausen gönnen» (VAS 10) erhöhten sich gegenüber der ersten Befragung.

Bei der Ansicht der zweiten Befragung von Beispiel II, zeigte sich eine wiederholt hohe Einschätzung in allen Fragestellungen. Auffallend ist jedoch, dass höher eingestufte Werte aus der ersten Befragung rückläufig waren. Nur die momentane Lebensqualität blieb gleich und «sich Ruhepausen gönnen» stieg um einen halben Zentimeter. Erstaunlich erschien mir die, wenn auch nur geringfügig zurückgehende Einschätzung in der Akzeptanz der Krebserkrankung (VAS 8).

Wenn ich nun die beiden Beispiele miteinander vergleiche, stelle ich fest, dass sehr unterschiedliche Angaben vorhanden sind.

Im Beispiel II wurden die momentane Lebensqualität und die Akzeptanz im Unterschied zu Beispiel I gleich hoch bewertet. In der zweiten Befragung stimmten die Bewertungen überein, jedoch bei den Fragen 1 und 2 entgegengesetzt, d.h. bei der Frage 1 schätzte Beispiel I 8 cm und Beispiel II 9 cm, bei Frage 5 erreichte Beispiel I 9 cm und Beispiel II 8 cm. In der Beschreibung meiner Beispiele zeigte sich klar, dass eine schlechte Prognose nicht mit einer schlechten Lebensqualität einhergehen muss. Bei der Bewertung von Lebensqualität scheinen Individualität und Erleben entscheidend zu sein.

Vergleich Literatur und Resultat

Der Begriff Lebensqualität lässt sich zur Zeit schwer definieren. Der Klient sieht die Ab- respektive Zunahme seiner Symptome und seines Krankheitsgefühls als Qualität in der Behandlung. Eine schnelle Übereinstimmung kann auch erreicht werden, wenn Lebensqualität als subjektiv angesehen wird (Husebø & Klaschik, 2000, S.369-370).

In der Auswertung der ersten Frage über die momentane Lebensqualität stellte ich fest, wie unterschiedlich die Beurteilungen ausfielen. Im Beispiel I ist der Krankheitsverlauf weniger weit fortgeschritten verglichen mit Beispiel II, wo eine Metastasierung aufgetreten ist. Die Lebensqualität im Beispiel II wurde jedoch einiges besser beurteilt als in Beispiel I.

Die unterschiedlichen Persönlichkeiten sind eine mögliche Erklärung dafür. Die Klientin im Beispiel I erlebte ich als eine sehr engagierte Frau ihren Mitmenschen gegenüber. Die Situation in der sie sich jetzt befindet kann für sie einen Rückschritt bedeuten. Momentan ist es ihr nicht möglich, sich für Andere einzusetzen, da sie viel zu schwach und müde ist. Im Gegensatz dazu kann die Klientin in Beispiel II sich klar mit der Situation auseinandersetzen und Aktivitäten, welche ihr wichtig sind trotz ebenfalls bestehender Müdigkeit und Schwäche ausüben. Auch die Aussage von Aulbert & Niederle (1990, 2000, S. 4): «Auf den ersten Blick bedeutet Lebensqualität physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden» kann als Bestätigung angesehen werden.

Beide Klientinnen sind in diesen drei oben erwähnten Faktoren mehr oder weniger eingeschränkt.

Wie Schwarz (1995, S. 45) die Schwäche mit 86% als häufigstes Symptom erwähnt, benennen beide Klientinnen dieses Symptom ebenfalls. Beide Klientinnen erwähnten beim Ausfüllen der Fragen ihre momentane Schwäche und Müdigkeit. Im Umgang damit sind jedoch Differenzen aufzuzeigen. Die Klientin aus Beispiel I gönnt sich 10-15 Ruhepausen pro Tag, schätzte sich auf der Skala nur knapp nach der Hälfte bei 7 cm ein. Im Beispiel II wurde mit 10 cm das Maximum eingeschätzt, welches jedoch bei dieser Klientin nur 6-10 Ruhepausen pro Tag entsprach. Diese Resultate zeigen, dass Ruhepausen einen wichtigen

Bestandteil bei der Lebensqualität darstellen jedoch unterschiedliche Frequenz haben können. Ebenfalls wird auch die Individualität bei der Bewertung dieser klar ersichtlich.

Erklärend schreibt dazu Aulbert (1993, S. 11): «Lebensqualität lässt sich nicht messen, sondern nur ermessen!»

In beiden Beispielen hat sich in der ersten Befragung abgezeichnet, dass es möglich sein wird, die momentane Lebensqualität zu verbessern. Die Klientinnen sind auch bereit, ihre jetzige Lebensqualität zu steigern.

Aulbert (1993, S. 7) schreibt, «...dass, die Lebensqualität individuell an der aktuellen Situation gemessen wird. Es soll dabei in Relation gesetzt werden, was der Klient für möglich oder wünschenswert hält...».

Die aktuelle Situation wird von meiner wie auch von Seiten der Klientinnen unterschiedlich eingeschätzt. Wie ich schon erwähnt habe, ist der Krankheitsverlauf bei beiden stark unterschiedlich. Es ist vorstellbar, dass bei dem Beispiel II die Lebensqualität zu verbessern schwierig werden kann, weil die Prognose schlechter aussieht. Da die Klientin ihre Lebensqualität aber schon ziemlich hoch eingeschätzt hat, zeigt sich eine gewisse Zufriedenheit.

Im Vergleich zu Beispiel II, deren Prognose deutlich schlechter ist, zeigt der Krankheitsverlauf im Beispiel I eine gewisse Stabilität, denn die Klientin benötigt keine Unterstützung zu Hause. Eigentlich spricht dies nicht für die schlechte Einstufung auf der VAS-Skala. Hier sollte eine Steigerung der Lebensqualität möglich sein, da die Klientin eigene Ressourcen besitzt, um an dieser zu arbeiten. Beide Klientinnen ordnen ihre Akzeptanz gegenüber der Krebserkrankung in der oberen Hälfte der Skala ein. Im Beispiel II äussert die Klientin, dass ihr Kopf voll akzeptieren kann, ihre Emotionen jedoch noch nicht. Vontobel (1994, S. 30) bestätigt, «...dass Klienten und Angehörige sich immer in irgend einer Form damit befassen und auseinandersetzen...». Dies kann also heissen, dass auch Ignoranz einen Verarbeitungsmechanismus darstellt.

Als Betreuungsperson können wir versuchen das Akzeptieren einer Krebserkrankung zu fördern. Letztendlich stellt sich aber die Frage: «Will und kann der Klient das überhaupt?».

Auswirkung in der täglichen Praxis

In meinen Beispielen zeigte sich, dass Lebensqualität mit der Akzeptanz der Krebserkrankung in den Bereichen Müdigkeit/Schwäche zu tun haben kann.

Die Bestätigung dafür sehe ich in den Resultaten, welche zeigen, dass die Lebensqualität besser wurde oder mindestens gleich geblieben ist.

Eine Erklärung könnte der Inhalt der Beratungen sein, in denen auch über den Krankheitsverlauf gesprochen wurde. Das Gespräch über Vorstellungen und Ziele bei einer Krebserkrankung erlebe ich als positiven Aspekt. Es zeigten sich Verbesserungen, welche auf die Sicherheit, Organisation von Unterstützungen im Alltag oder gezielte Gespräche zurückzuführen sein könnten.

Ebenfalls zeigt sich auch, dass das Einplanen von Ruhepausen einen hohen Stellenwert hat. Wie hoch die Anzahl der Ruhepausen sein soll, ist individuell unterschiedlich. In meinen Beispielen wurden 6-10 Ruhepausen schon unter «Viele» eingeordnet.

Wahrscheinlich spielt die Anzahl überhaupt keine zentrale Rolle, viel wichtiger erscheint das Wahrnehmen der Problematik, um etwas damit anfangen zu können.

In meiner täglichen Praxis werde ich weiterhin den Verlauf der Krebserkrankung ansprechen, wie auch das Thema «Wie stellen sie sich ihre Zukunft vor?».

Durch diese Grundgedanken scheint es mir möglich, eine optimale Betreuung des Krebskranken zu Hause zufriedenstellend anzustreben.

Literaturverzeichnis

Bücher

- Aulbert, E., (1993) *Bewältigungshilfen für den Krebskranken*. 1. Auflage, Stuttgart: Georg Thieme Verlag
- Aulbert, E., (Hrsg.) (1990) *Die Lebensqualität des Chronisch Krebskranken*. 1. Auflage, Stuttgart: Georg Thieme Verlag
- Benner, P., (1997) *Stufen zur Pflegekompetenz*. 2. Nachdruck, Bern: Hans Huber Verlag
- Buttenhauser, E., (1998) *Lebensqualität von palliativ behandelten Tumorpatienten und ihren Angehörigen*. 1. Auflage, Regensburg: Roderer Verlag
- Meerwein, F., (Hrsg.) (1998) *Einführung in die Psycho-Onkologie*. 5. Auflage, Bern: Hans Huber Verlag
- Doyle, D. (1990) *Hauspflege bei unheilbar Kranken*. 1. Auflage, Stuttgart, Georg Thieme Verlag
- Drosdowski, G., (Hrsg.) (1997) *Das Fremdwörterbuch, DUDEN Band 5*, 6. Auflage, Mannheim, Wien, Zürich: Dudenverlag
- Geisler, L., (1989) *Arzt und Patient – Begegnung im Gespräch*. 2. Auflage, Frankfurt am Main: Pharma Verlag Frankfurt GmbH

- Glaus, A., (Hrsg.) (1997) *Onkologie für Krankenpflegeberufe*. 5. Auflage, Stuttgart: Georg Thieme Verlag
- Husebø, S., und Klaschik, E., (2. Lage, Stuttgart: Georg Thieme Verlag
- Schneider, P., (1994) *Recht im Pflegealltag*. 1. Auflage, Aarau: Verlag Sauerländer AG
- Schwarz, R., (Hrsg.) (1991) *Lebensqualität in der Onkologie 2*. 1. Auflage, München: Zuckerschwerdt Verlag GmbH
- Tesch-Römer, C., (Hrsg.) (1997) *Psychologie der Bewältigung*. 1. Auflage, Weinheim: Psychologie Verlags Union

Diplomarbeiten

- Meier, K., (1995) *Ist ein Bewältigungsprofil für die Pflege von terminalen Tumorpatienten sinnvoll? Abschlussarbeit HöFa I Onkologie, Kantonsspital St.Gallen*
- Vontobel, B. (1994) *Ist es wirklich Verdrängung? Abschlussarbeit HöFa I Onkologie, Kantonsspital St.Gallen*

Artikel

- Hürny, Ch., (2000) *Psychoonkologie als Wissenschaft: Eine kritische Würdigung Schweizerische Krebsstagung 2000*, St.Gallen
- Rupprecht, R., (1993) *Lebensqualität – Theoretische Konzepte und Ansätze zur Operationalisierung*. Inaugural – Dissertation, Universität Erlangen – Nürnberg

Leitlinien

- Schwitler, M., und Zahn, K., (2000) *Leitbild für die Zukunft von Spitex in Basel*. 4. Auflage, Basel

Zusammenfassung der Abschlussarbeit: Höhere Fachausbildung in Pflege. Stufe I / Kurs 16, SBK, Schwerpunkt Onkologie, Kantonsspital St.Gallen

Die vollständige Arbeit kann bei der Bibliothek der Schweizerischen Krebsliga angefordert werden.

*Dipl. Krankenpfleger, HöFa I Onkologie
Spitalexterne Onkologiepflege Basel-Stadt
Und Kantonsspital Basel
Binnergerstr.11
4103 Bottmingen
lspj@freesurf.ch